

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy lub Przedsiębiorcy)

.....
(miejscowość i data)

Powiatowy Urząd Pracy
w Tarnobrzegu

Wniosek
o zwrot części kosztów zatrudnienia poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na
ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia.

Na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu znak: PR.....20..... o refundowanie części kosztów zatrudnienia poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia, prosimy o refundację za okres: od do

- wynagrodzeń w kwocie: zł
- składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia w kwocie: zł
- wynagrodzenia za czas choroby w kwocie: zł

Ogółem do refundacji kwota: zł

(słownie złotych :)

Środki finansowe prosimy przekazać.....

.....
(nazwa banku, nr rachunku)

.....
(Główny Księgowy, pieczęć i podpis)

.....
(Pracodawca lub Przedsiębiorca, pieczęć i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kopia dowodu przekazania składek ZUS.
4. Kopia deklaracji ZUS DRA.
5. Kopia listy obecności.
6. Kopia zwolnienia lekarskiego.

Kopie przekładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem i dotyczyć wyłącznie osób za które przysługuje refundacja.

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych osób bezrobotnych do 30 roku życia

za okres od do

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego bezrobotnego	Wynagrodzenie brutto wypłacone przez pracodawcę w zł	Refundacja wynagrodzenia dla pracodawcy w zł	Refundacja wynagrodzenia za czas choroby dla pracodawcy w zł	Refundacja składek ZUS% od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji z Funduszu Pracy w zł (rubr.4+5+6)
1	2	3	4	5	6	7
Ogółem do refundacji						

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od – do
			ilość dni od - do	kwota w zł	ilość dni od – do	Kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

Uwagi:

Zwolniony dnia, przyczyna zwolnienia

.....
.....
.....

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(Główny Księgowy; pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca; pieczętka i podpis)